# AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

Manuale Order Entry

Compilazione Nuovi Campi obbligatori Checklist

Esami Covid19









### **INFORMAZIONI SULLA VERSIONE**

Progetto:	AOU FEDERICO II – Gestione Sistema Informativo Aziendale							
Emesso da:	Graziella Foschini							
Rivisto da:	Antonio Laurenza							
Protocollo:								
Titolo:	Compilazione Nuovi Campi obbligatori Checklist Esami Covid19							
<i>Nome file:</i>	PFNA107_AOU Federico II_Linee Guida_Order Entry_COVID Checklist_v02	19_Compilazione						
Data:	25/03/2021							
Distribuito a:								
Тіро:	Manuale Utente							

### **RIEPILOGO REVISIONI E VERSIONI PRECEDENTI**

Versione	Motivo	Data	Redatto da	Approvato da
1.0	Prima emissione	25/03/2021	Graziella Foschini	
2.0	Seconda Emissione	14/04/2021	Francesca Cesaro	





## 1 SCOPO DEL DOCUMENTO

Il presente documento introduce le informazioni aggiuntive da inserire nelle richieste Order Entry di Tamponi Molecolari ed Esami Sierologici SARS- COV19.





## 2 NUOVA RICHIESTA ORDER ENTRY – COMPILAZIONE CHECKLIST

Di seguito verranno illustrati i passaggi applicativi da effettuare per inserire una richiesta esami per prestazioni COVID19.

- 1. Avviare l'applicazione.
- 2. Effettuare la login di accesso inserendo il nome utente/password e premere il tasto **Conferma**. (Fig.1).

- Autenticazione utente	
	Nome utente :
	Password :
	Conferma Pulisci Esci

Fig. 1

3. Order - Entry →Nuova Richiesta. (Fig.2)









Comparirà la seguente schermata (Fig.3), in cui il richiedente sarà valorizzato a partire dalle abilitazioni di accesso

Pazier	nte						-
Origine	_	Cognome	Nome	Codice Fis	cale Data di na	scita	
ANAGRAFE	~					<b>B</b>	
Richiesta		G	TI	0	STP -	G	T
Richiedente KE02 2501 MED	ICINA DEL LAVORO		Medico Richiedente	×			
Note			0		Livello Ordina	Urgenza rio	
Data Prevista di Erogazione	Ora Prevista di Erogazione	Provenienza Pa	ziente Modalità	di Trasporto	Ubicazione Reparto		
17/07/2020	13:28	Esterna	✓	~	✓		
Tipo Richiesta			Modalità di selezion	e Chia	ve di ricerca		
		~	Ricerca per schede	×		Ricerca	6
Codice	Descrizione		Materiale		Sede	Stato D	ata Nota

Fig. 3

4. Ricercare il paziente: scrivere il COGNOME e NOME del paziente premere il tasto (Fig. 3), in questo modo si avrà la possibilità di ricercare il paziente scegliendolo dall'elenco proposto. (Fig. 4) Selezionare la scheda anagrafica del paziente di interesse premendo il tasto (Fig. 4)

	PAZIENTE Y Risultato									
<u>Codice</u>	Cognome Nome	<u>Data nascita</u>	Descrizione comune di nascita	Codice fiscale	<u>Tessera</u> sanitaria	<u>Descrizione comune di residenza</u>	<u>Sesso</u>	<u>Stato</u>		
<u>3564484</u>		<u>20/03/1980</u>	ABANO TERME		-	ABANO TERME	M	Certificato Completo	>>	<b>«···</b>
<u>3564485</u>		20/03/1980	ABANO TERME		_	ABANO TERME	M	Certificato Completo	>>	<b>«···</b>
<u>3563580</u>			NAPOLI		-	NAPOLI	E	Certificato Completo	>>	(*···
<u>3579195</u>		10/10/2005	REPUBBLICA SUDAFRICANA	-	-	NAPOLI	E	Certificato Completo	>>	<b>«···</b>
<u>3799026</u>		01/01/2010	NAPOLI		-	NAPOLI	E	Certificato Completo	>>	<b>≪</b> ····
<u>3333364</u>	A	01/01/2001	NAPOLI		-	NAPOLI	E	Certificato Completo	>>	<b>∢</b> …
<u>3531641</u>		01/01/1999	NAPOLI		-	NAPOLI	M	Certificato Completo	>>	
3563412		03/07/1985	NAPOLI	_	_	_	_	Certificato Completo	**	<b>∢</b> …
<u>3549234</u>		20/06/1968	NAPOLI		-	NAPOLI	E	Certificato Completo	>>	
								1	and the second second	







La scheda anagrafica del paziente verrà in questo modo inserita nella maschera della richiesta. (Fig.5)

C	Da	ziente								
64	Origine	Licite		Cognome		Nome	Codice Fiscale	Data di nas	tita	
44	ANAGRAFE	*								
C	Paziente Selezionato									
P	Cognome	Nome		Data di nascita	Sesso C	Codice fiscale		Gruppo Fatt	ore RH	
· · · · ·	PROVA	PROVA		16/01/2000	F	PRVPRV00A56F8390				
	PATOLOGIE SALIENTI	ALLERGIE	INTOLLERANZE	FATTORI DI RISCH	IO PAT	OLOGIE FAMILIARI	PARAMETRI FISIOLOGICI	TERAPIE IN CORSO	DISABILITĂ	**
					Fig	g.5				
	Dazionto									
Origin	e		Co	gnome	Nome	Codice	Fiscale Data di n	ascita		
ANAG	RAFE			· · /			7		1	
	Richiesta			9 22			Sil		311	_
Richie KE02	dente 2501 MEDICINA I	DEL LAVORO		Medico Ric	hiedente					
Note	<u>.</u>						Livel	o Urgenza		
					0		Ordin	ario 🗸	6 0	
Data P	Prevista di Ora	a Prevista di Ero	ogazione Proven	ienza Paziente	Modalit	à di Trasporto	Ubicazione Repart	0	3	
17/07/	2020 13	:28 🔿 🕓	Esterna			~	$\checkmark$			
TIPO R	ichiesta			Modal	ità di selezio	one d	hiave di ricerca	<b>N</b>		
Laborat	corio PATOLOGIA CLINICA	)	~	Ricerca	per schede			Ricerca	3 10	
Co	dice	Descrizione		Ma	tenare		Sede	Stato	Data Nota	
No										

Fig.6

- 5. Inserire il nome del "Medico Richiedente".(Vedi Fig.6)
- 6. Selezionare in "Tipo Richiesta" la voce "Laboratorio Patologia Clinica" (Vedi Fig.6)
- 7. Selezionare in "Modalità di Selezione" la voce Ricerca per schede.(Vedi Fig.6)
- 8. Premere il tasto Ricerca . (Vedi Fig.6)

Tra le schede disponibili, a seconda delle abilitazioni, sarà necessario scegliere:





- <u>'Indagini su indicazione particolare'</u>per richiedere il test sierologico delle IGG (Fig.7);
- <u>'Indagini Virologiche Molecolari'</u>per richiedere il tampone naso-faringeo (Fig.8)







9. Selezionare la prestazione e premere il tasto "Conferma", successivamente il tasto "Avanti".

Paz	iente	1							-	
Origine			Cognome		Nome	Codice Fiscale	Data di n	ascita		
ANAGKAFE	×								1	
Paziente Selezionato			-							
Cognome	Nome		Data di nascita	Sesso						
PROVA	CCOP		17/07/1984	r	PRVCCP84L37F8391					Income
PATOLOGIE SALIENTI	ALLERGIE IN	TOLLERANZE	FATTORI DI	RISCHIO	PATOLOGIE FAMILIARI	PARAMETRI FISI	IOLOGICI TERA	PIE IN CORSO	DISABILITA	>>
Richiesta		1						1		
Richiedente				Madian Di	al to do a la					
KE02 2501 M	EDICINA DEL LAVO	RO		BUONOCO						
Note							Livall	Urgenza		
					0		Ordin	ario	~	
17/07/2020		9@	Esterna	Moda Bicerci	lità di selezione	Chiave di ri	icerca	Ri	cerca	S .
Laboratorio PATOLOGIA	LINICA			Kicerca	a per schede				Gerca	<b>N</b>
Codice	Descrizione		Ma	teriale	5	ede	Stato D	ata	Nota	
COV19G SARS-CO	V2 InG		-		-		INCOMPLETO		k	1 6
				*	Prev   1   Next »					_
					$\frown$					
					A Description of the second	2				
				Indieta o	Avanti Avinulla					

Fig.9





Paz	iente					- To-				
Origine			Cognome		Nome	Codice Fiscale	Data di nascita			
ANAGRAFE	~					PRVCCP84L57F839T	<b>B</b> •••	ļ		
Paziente Selezionato										
Cognome	Nome		Data di nascita	Sesso	Codice fiscale					
PROVA	CCUP		17/07/1984	F	PRVCCP84L57F839T					
PATOLOGIE SALIENTI	ALLERGIE	INTOLLERANZE	FATTORI DI I	RISCHIO	PATOLOGIE FAMILIARI	PARAMETRI FISIOLOGI	CI TERAPIE IN CORSO	DISABILITÀ	>>	
Dati Aggiuntivi		K			r		K			
Quesito diagnostico										
INFERMIERE COORDIN	NATORE - EDI	FICIO - NUM. DI	TELEFONO			0				
						×				
			1	Indietro	Avanti Annulla					

Fig.10 – quesito diagnostico

## Si ricorda che nel campo 'Quesito Diagnostico' è obbligatorio inserire

- NOME COORDINATORE INFERIERISTICO
- EDIFICIO
- NUM. DI TELEFONO
- 11. Compilare il quesito diagnostico e premere il tasto Avanti.

In base alla prestazione scelta compariranno CHECKLIST da COMPILARE (fig.11)





Scheda	
lome	Erogatore
E_C19_TAMP	Laboratorio PATOLOGIA CLINICA
Ch	eckList
Soggetto in gravidanza	
E Indicare se il soggetto sottoposto a Tampone e in gravidanza	
SI NO	
Data presumibile parto	
⊡ Indicare la data presumibile per il parto	
DATA GG/MM/AAAA 🔼	
- Data prelievo	
🖻 - Indicare la data di prelievo per l'esecuzione del Tampone	
DATA GG/MM/AAAA 🗹	
Tipologia tampone	
🖃 Indicare la tipologia di tampone 🛛 testo	
Primo Tampone Diagnosi	
Primo Tampone Controllo	
Secondo Tampone Controllo	
Terzo Tampone Controllo	
Ulteriore Tampone Controllo	
Indie	tro Avanti

Fig.11 – esempio checklist

Le checklist vanno compilate obbligatoriamente. Di seguito il dettaglio dei campi obbligatori per la checklist associata al Tampone Molecolare e per quella associata al Test Sierologico.

### Per il tampone molecolare, i campi obbligatori sono i seguenti.

- Sintomatologia. È necessario valorizzare almeno una voce tra quelle proposte.
  Se la voce selezionata è Pauci Sintomatico Lieve Severo Critico, indicare la data inizio sintomi.
- Posizione Paziente. È necessario valorizzare almeno una voce tra quelle proposte.
- Soggetto in Gravidanza. In caso di risposta affermativa, indicare la Data Presunta Parto.
- Data Prelievo. Indicare la data di esecuzione del tampone nel formato dd/mm/aaaa.
- **Tipologia Tampone.** È necessario valorizzare almeno una voce tra quelle proposte.

#### Per il Test Sierologico, i campi obbligatori sono i seguenti.

- Tipo Paziente. È necessario valorizzare almeno una voce tra quelle proposte.
- Soggetto in gravidanza. In caso di risposta affermativa, indicare la Data Presunta Parto.
- Sintomatologia. È necessario valorizzare almeno una voce tra quelle proposte.
  Se la voce selezionata è Pauci Sintomatico Lieve Severo Critico, indicare la data inizio sintomi.
- Motivo del Test
- Data prelievo





#### Le figure di seguito illustrano l'esempio di corretta compilazione campi obbligatori introdotti



Fig.12 – esempio corretta compilazione voce obbligatoria – Sintomatologia



Fig.13 – esempio corretta compilazione voce obbligatoria – Posizione



Fig.14 – esempio corretta compilazione voce obbligatoria – Tipologia

12. Una volta compilata la cecklist, cliccare su Avanti → Fine (Fig. 11)





13. Selezionare la richiesta inserita cliccando sul riquadro a sinistra e premere il pulsante "**Inoltra**" per inoltrare la richiesta.





# <u>Si ricorda la necessità di inoltrare la richiesta. Senza l'inoltro, la</u> <u>Medicina di Laboratorio non potrà analizzare il campione.</u>